

Klyngepakker

KiAP
Kvalitet i
Almen Praksis



Introduktion

I dette materiale finder du, de klyngepakker KiAP har udarbejdet. Udarbejdelsen af temaer for klyngepakkerne er sket sammen med de arbejdsgrupper, der har været nedsat siden august 2018. Arbejdsgrupperne har drøftet en lang række mulige emner og er kommet med ideer til konkrete klyngepakker. På baggrund af gruppernes arbejde har styregruppen for KiAP valgt en opdeling i følgende 8 kategorier for klyngepakkernes overordnede emner:

- Kroniske sygdomme
- Rationel farmakoterapi
- Rationel paraklinik
- Multimorbiditet og sårbare patienter
- Kontinuitet
- Sammenhæng og tværsektorielt samarbejde
- Organisation, tilgængelighed og kapacitet
- Arbejdsglæde og trivsel

I materialet her, finder du klyngepakker omhandlende kronisk sygdom (KOL og diabetes), rational farmakoterapi (conjunctivitis, NSAID og rationel paraklinik (CRP). Du finder også en klyngepakke, der kan fungere som skabelon for arbejdet med kvalitetsudvikling, hvor klyngen selv vælger emnet.

Der er flere klyngepakker på vej. En række afventer Ordpiprax+, herunder klyngepakker om rationel brug af antibiotika, opioider og psykofarmaka.

Indholdsfortegnelse

Vejledning for brug af forløbsplansdata til klyngepakkerne	4
KOL - diagnostik	5
KOL - behandling og opfølgning	15
Type 2 diabetes - behandling og opfølgning	27
Type 2 diabetes - organisering og opfølgning	37
CRP	47
NSAID	52
Conjunctivitis	58
Skabelon	64

Vejledning for brug af forløbsplansdata til klyngepakkerne om KOL og diabetes

Klyngepakkerne om KOL og diabetes tager udgangspunkt i data fra forløbsplaner. Processen med arbejdet med klyngepakkerne om KOL og diabetes er beskrevet herunder.

VIGTIGT: Praksis behøver ikke være gået i gang med at lave forløbsplaner for at få adgang til deres patientlister og data i forløbsplaner. Det betyder, at en praksis godt kan se diabetes- og KOL-overblik, uden at lave forløbsplaner.

1: Tilmelding til forløbsplaner

For at kunne trække de opgørelser om KOL og diabetes, der anvendes i klyngepakkerne, skal du og klyngens medlemmer have aktiveret forløbsplansmodulet. Er du i tvivl om, hvordan du aktiverer forløbsplaner i dit eget lægepraksissystem, kan du kontakte dit systemhus for support.

2: Print af tal

Når man er tilmeldt forløbsplaner, findes der både patientliste og et overblik, hvor en række centrale mål for patienterne vises. I klyngepakkerne er det beskrevet, hvordan man trækker det data fra forløbsplansmodulet, der skal bruges. Der kan printes et grafisk overblik over KOL og diabetes patienter med de målepunkter, der er nævnt i klyngepakkerne. Du kan se et eksempel på, hvordan et diabetes overblik fra din praksis vil se ud på KiAP's hjemmeside. Gå ind under "Praksis" og vælg "Forløbsplaner".

Opgaven for klyngemedlemmerne før klyngemødet er at læse klyngepakken igennem, printe overblikket ud for eget lægepraksissystem og eventuelt at se på "Praksis-refleksion" spørgsmålne. På klyngemødet skal I sammen med kollegerne drøfte tallene, og der er i klyngepakkerne forslag til hvilke områder, det kan være relevante at diskutere.

3: Klyngens tal eller brug af egne tal til eksemplificering

Hvis det er muligt, kan klyngemedlemmernes tal indsamles forud for klyngemødet. Er det ikke muligt at indsamle tal fra klyngens praksis, kan klyngemedlemmerne printe arket fra forløbsplansmodulet og tage det med til klyngemødet. Her kan klyngekoordinator fx bruge tal for egen praksis som illustration og som grundlag for diskussion mv.

Klyngepakkerne opdateres

Der arbejdes løbende for at kunne forbedre funktionerne. Det vil blive gjort nemmere at samle tal fra hele klyngen, og flere centrale målepunkter tilføjes med tiden. Hold dig derfor opdateret på KiAP's hjemmeside, hvor du vil finde aktuelle versioner af klyngepakkerne.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Introduktion

I 2017 udkom Dansk Lungemedicinsk Selskabs KOL vejledning og DSAM udgav samme år sin KOL-vejledning. Vejledningerne bygger på samme evidensgrundlag og anbefalingerne er også stort set de samme. Med sit almenmedicinske udgangspunkt tager denne Klyngepakke udgangspunkt i DSAMs vejledning, om end informationen i Klyngepakken er udfoldet mere i DSAMs KOL-vejledning.

KOL er den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark, har betydelig social slagside, og er en sygdom, der har haft lav status i sundhedsvæsenet. Sygehuse og kommuner har i de seneste år imidlertid forbedret tilbuddene om rehabilitering, rygeophørsforløb og støtte til egenomsorg. Patienterne følges i dag primært i almen praksis, der således i stigende omfang bliver tovholder for den medicinske indsats i forhold til diagnostik, behandling og opfølgning.

Hos patienter med KOL er det primære mål at standse sygdommens progression, lindre symptomer og afhjælpe konsekvenserne af nedsat lungefunktion for i sidste ende at bedre patienternes livskvalitet. Men en forudsætning for bedre at kunne hjælpe KOL-patienterne er et øget fokus på rettidig og korrekt diagnostik.

Formålet med denne Klyngepakke er, at klyngedeltagerne får mulighed for at reflektere over, hvordan KOL i dag diagnosticeres og for at overveje om, der er behov for ændringer, og for sammen med kollegerne at diskutere hvordan det i så fald kan ske.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Data – KOL oversigten

Den enkelte praksis kan få en Datarapport over egne KOL patienter ved at vælge ”Vis KOL Oversigt” i forløbsplansmodulet, der findes i de enkelte journalsystemer. Først kommer man ind på en liste over alle KOL-patienter, som er diagnosekodet med R95 ICPC-kode i praksis.

OVERSIGT

SAMTYKKE

Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)

Mulige KOL patienter (R95 over 3+ år siden)

Antal KOL patienter i praksis: 100

Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)

[Print](#) [Download CSV](#)

Navn	Cpr	Seneste Kronikerhonorar	Seneste R95	FEV1	FEV1%	MRC	Exac	GOLD	ICD
Test-10539 Testesen-10539			06-12-2016	1.1	41	3	0	B	
Test-10738 Testesen-10738			15-11-2016	0.8	30	1	0	A	
Test-11258 Testesen-11258			07-12-2016	1.2	63	2	0	A	
Test-1479 Testesen-			12-01-2017	2.0	76	2	0	A	

I fanebladet ”KOL-overblik” ses en række illustrationer over målepunkter, der kan belyse håndteringen af patienter med KOL. For at få de rette data for din praksis skal du indtaste, hvor mange patienter, der cirka er tilmeldt din praksis i det felt, der er vist nedenfor.

OVERSIGT		SAMTYKKE		STATISTIK	
Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)		Mulige KOL patienter (R95 over 3+ år siden)		Frasorteret KOL overblik	
KOL overblik					
Indtast patientgrundlag for KOL prævalens	KOL Prævalens	KOL Patienter	KOL Årskontroller	KOL p med for	
5600	1.8	100	304		

KOL-oversigten og overblik belyser både diagnostik, behandling og opfølgning. Denne Klyngepakke fokuserer alene på KOL-diagnostik, og de udfordringer der knytter sig hertil.

Manglende data

Manglende data kan skyldes, at patienten ikke har fået lavet undersøgelsen, at den ikke er skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IPAC-kode. Hjælp til hvordan det gøres bedst kan fås hos systemhusene eller hos de regionale data konsulenter. Er der behov for yderligere hjælp, kan KiAP kontaktes.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Data – Målepunkter

Målepunkt 1:

KOL prævalens. Andel af praksis' patienter, der er registreret med en "aktuel" KOL-diagnose (prævalens udregnes, når du indtaster dit patientgrundlag i boksen i KOL-overblik).

I en lægepraksis omfattende 1600 patienter, skønnes det, at der gennemsnitlig er ca. 120 patienter, der har spirometriske værdier forenelige med KOL.

Målepunkt 2:

Andel af aktuelle KOL-patienter, hvor sidste FEV1/FVC <70%. Kan aflæses i lagkagediagram.

Målepunkt 3:

Andelen af patienter, der har fået deres første KOL-diagnose efter 2013 med mindst 1 reversibilitetstest (aflæses under lagkagediagrammerne).

Målepunkt 4:

Andel af patienter med KOL-registreret rygestatus. Kan aflæses i lagkagediagram.

Målepunkt 5:

Andel af patienter med KOL i hver GOLD gruppe. Kan aflæses i lagkagediagram.

Målepunkt 6:

Andel af patienter med KOL, der har en forløbsplan. Kan aflæses øverst i bjælken.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Data – Målepunkter

Manglende data

Viser KOL-overblikket, at der mangler data for bestemte parametre for mange patienter, kan det skyldes, at de ikke er skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IUPAC-kode, så de ikke vil blive samlet op i dataudtrækket. IUPAC-koderne, der bruges i forbindelse med udtræk til KOL forløbsplanerne, kan findes her:

<https://kiap.dk/resources/files/forloebplaner/KOLKoder.pdf>

Systemhusene og de regionale datakonsulenter, kan hjælpe med at få kodningen til at ske rigtigt. Er der behov for yderligere hjælp, kan KiAP kontaktes.

Fortolkning af målepunkter

Hvis målepunktet er beregnet ud fra ganske få patienter, er tallet meget usikkert, og skal fortolkes med stor forsigtighed. Og selv når tallet baseres på mange patienter, vil tilfældigheder kunne resultere i, at man kommer til at ligge et stykke fra gennemsnittet i klyngen. Så vær forsigtig med at konkludere noget alt for skrår sikkert, uanset om din praksis befinder sig i den ene eller den anden ende af spektret.

Forklaringen på at man ligger et stykke væk fra gennemsnittet i klyngen, kan også skyldes forskelle, der ligger uden for praksis' kontrol, fx forskelle i patientsammensætning (fx alder, sygdomsbyrde og sygdomshåndtering).

Endelig kan forklaringen på en afvigelse fra gennemsnittet skyldes, at din praksis håndterer KOL-diagnostik anderledes end andre praksis. Det vil den fælles refleksion i klyngen kunne belyse.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Hos 35+ årige kan KOL være årsag til åndenød, kronisk hoste og/eller ekspektoration samt tilbagevendende luftvejsinfektioner. Rygestopintervention kan være mere succesrig hos rygere, der har fået stillet diagnosen KOL. Pga. risiko for overdiagnostik anbefales ikke spirometri til raske mennesker uden symptomer (heller ikke rygere).	Patienter over 35 år med vedvarende luftvejssymptomer bør tilbydes LFU.	Ingen data. Indirekte kan "opsporings-aktiviteten" afspejles af Målepunkt 1: KOL prævalens, der er andelen af praksis' patienter, der er registreret med en "aktuel" KOL-diagnose. Kan aflæses øverst i KOL-overblikket.
Patienten har ikke KOL, hvis $FEV1/FVC > 0,7$.	Patienter skal kun klassificeres med KOL, hvis $FEV1/FVC$ kendes og hvis $FEV1/FVC < 0,7$.	Målepunkt 2: Andel af aktuelle KOL-patienter, hvor $FEV1/FVC < 70\%$. Kan aflæses i lagkagediagrammet.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Diagnosen er KOL, hvis $FEV_1/FVC < 70\%$ efter bronchodilatation. Steroid reversibilitetstest hvis $FEV_1/FVC > 70\%$ efter bronchodilatation, og der fortsat er mistanke om astma, OG astma kan udelukkes: FEV_1 stigningen ved reversibilitetstest er < 200 ml og $< 12\%$.	Der skal udføres reversibilitetstest, før KOL-diagnosen stilles.	Målepunkt 3: Andel af aktuelle KOL-patienter med mindst 1 reversibilitetstest (ydelseskode 7121) siden 2013. Kan aflæses under lagkagediagrammerne.
ACOS (Astma+KOL): Signifikant reversibilitet ($> 15\%$), OG $FEV_1/FVC < 0,7$ efter bronchodilatation. Hjertesvigt: Hvis LFU ikke forklarer symptomerne, eller behandlingen ikke virker.	Der henvises til lungemedicinsk vurdering, hvis LFU er vanskelig at tolke eller ikke stemmer med symptomer, eller er det usikkert, hvor meget astma der er i tilstanden. Er der tvivl, om der er hjertesvigt, henvises til hjertemedicinsk vurdering.	Ingen data.
Rygning er vigtigste faktor for KOL.	Registrer rygestatus ved LFU/årskontrol.	Målepunkt 4: Andel af aktuelle KOL-patienter med registreret rygestatus. Kan aflæses i lagkagediagram.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Behandlingsstrategi vælges ud fra symptomer og eksacerbationer.	Indsaml information til dyspnoe skala og om antal eksacerbationer og klassificer som Gold A, B, C, D.	Målepunkt 5: Andel af aktuelle KOL-patienter, der er klassificeret. Fordeling i hver GOLD gruppe kan aflæses i lagkagediagram.
	Hvis patienter er interesseret i det: Lav en plan for patientens opfølgning og behandling.	Målepunkt 6: Andel af aktuelle KOL-patienter, der har en KOL-forløbsplan. Kan aflæses i bjælken øverst i KOL-overblikket.
	Tilmeld patienter, der følges i almen praksis til KOL-forløb.	Andel af aktuelle KOL-patienter, der er tilmeldt forløb i almen praksis. Kan aflæses i bjælken øverst i KOL-overblikket.

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

KOL-mistanke

- Hvilke patienter tilbydes LFU i din praksis?
- Tilbyder praksispersonalet også tider til LFU?
- Er I (læger, praksispersonale) enige om hvem og hvornår, der skal tilbydes tid til LFU?
- Skal der laves noget om?

KOL-diagnosen

- Hvis en initial LFU giver mistanke om KOL, hvordan stilles diagnosen så?
- Hvornår bruger I reversibilitetstest?
- I hvilke situationer og af hvem registreres: rygestatus, dyspnoe grad, antal eksacerbationer, influenza-vaccinationer, vægt og medicin?
- Hvornår og af hvem stilles diagnose (+/-KOL, +/-astma) og GOLD klassifikationen?
- Skal der laves noget om?

Forløbsplan

- Hvornår udfyldes forløbsplan? Hvem gør det?
- Hvornår meldes patienten til KOL-forløbsplan og KOL-forløb i almen praksis (0130/0132)? Hvem gør det?
- Skal der laves noget om?

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Klyngemøde reflektion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

KOL-mistanke (målepunkt 1)

- Hvilke patienter skal tilbydes LFU?
- Hvilken rolle skal praksis personalet have?

KOL-diagnosen (målepunkt 2,3,4,5)

- Hvordan stiller I KOL diagnosen i dag?
- Hvis en LFU tyder på KOL, hvordan er udredningsforløbet frem til en KOL diagnose? Hvad sker der så?
- Hvordan gennemføres reversibilitetstesten bedst i forløbet?
- Hvad registreres ved LFU (spirometriværdier, rygestatus, vægt, MRC, eksacerbationer eller medicin)? Hvor registreres det? Ved hvilke typer konsultationer sker det? Hvem gør det?
- Mangler der mange rygestatus registreringer? Hvorfor?
- Mangler der registreringer af dyspnoe grad/antal eksacerbationer? Hvorfor?
- Hvornår henvises? Til hvad? Hvor til?

KOL-forløb (målepunkt 6)

- Hvilke erfaringer er der med at lave forløbsplaner?
- Tilmelding til KOL-kronikerhonorar? Hvornår/hvornår ikke?

Forandringer i rutinerne

- Hvilke ændringer vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan det ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvad vil I tage med hjem til jeres egen praksis?

KOL

Diagnostik

Klyngepakke

Referencer & inspiration

Dansk Selskab for lungemedicin:

Vejledning: <https://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-vejledning-2017/file.html>

Kort UfL version: http://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-06/V11170855_0.pdf

DSAM-vejledning:

Oversigt: <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=939&gotoChapter=939>

2 siders resume: <http://vejledninger.dsam.dk/media/files/16/kol-lamineret-ark-1.pdf>

KOL arbejdsopgaver: <http://vejledninger.dsam.dk/media/files/16/fordeling-af-kol-arbejdsopgaver.pdf>

Spirometri: https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=951&gotoChapter=951#chapter_961

Supplerende referencer: <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=showPage&pageId=98>

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Introduktion

I 2017 udkom Dansk Lungemedicinsk Selskabs KOL vejledning og DSAM udgav samme år sin KOL-vejledning. Vejledningen bygger på samme evidensgrundlag og anbefalingerne er også stort set de samme. Med sit almenmedicinske udgangspunkt tager denne Klyngepakke udgangspunkt i DSAM's vejledning, og informationen i Faktaark er udfoldet mere i DSAMs KOL-vejledning.

KOL er den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark, har betydelig social slagside og er en sygdom, der har haft lav status i sundhedsvæsenet. Sygehuse og kommuner har i de sidste år forbedret tilbuddene om rehabilitering, rygeophørsforløb og støtte til egenomsorg. Patienterne følges primært i almen praksis, der således i stigende omfang bliver tovholder for den medicinske indsats i forhold til diagnostik, behandling og opfølgning.

Hos patienter med KOL er det primære mål at standse sygdommens progression, lindre symptomer og afhjælpe konsekvenserne af nedsat lungefunktion for i sidste ende at bedre patienternes livskvalitet. Grundstenene i KOL-behandling er rygestop, lungerehabilitering og medicinsk behandling.

Formålet med denne Klyngepakke er, at klyngedeltagerne får mulighed for at reflektere over, hvordan den kliniske praksis er i dag i for patienter med KOL, og for sammen med kolleger at overveje om, der er behov for ændringer, og hvordan det i givet fald kan indføres.

På nogle områder er det muligt at få data, der kan belyse feltet og danne grundlag for diskussionerne. På andre områder findes ingen tilgængelige data og refleksionerne må i stedet tage udgangspunkt i deltageres personlige erfaringer.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Data

KOL-oversigten

Praksis skal være tilmeldt forløbsplansmodulet, men behøver ikke at have udfyldt forløbsplaner for patienter, for at fremskaffe data (se "inspiration" sektionen bagest i klyngepakken)

Den enkelte praksis kan få en Datarapport over egne KOL-patienter ved at vælge "Vis KOL Oversigt" i forløbsplansmodulet, der findes i de enkelte journalsystemer. Først kommer man ind på en liste over alle KOL-patienter, som er diagnosekodet med R95 ICPC-kode i praksis.

OVERSICHT

SAMTYKKE

Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)

Mulige KOL patienter (R95 over 3+ år siden)

Antal KOL patienter i praksis: 100

Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)

Print Download CSV

Navn	Cpr	Seneste Kronikerhonorar	Seneste R95	FEV1	FEV1%	MRC	Exac	GOLD	ICD
Test-10539 Testesen-10539			06-12-2016	1.1	41	3	0	B	
Test-10738 Testesen-10738			15-11-2016	0.8	30	1	0	A	
Test-11258 Testesen-11258			07-12-2016	1.2	63	2	0	A	
Test-1479 Testesen-			12-01-2017	2.0	76	2	0	A	

KOL

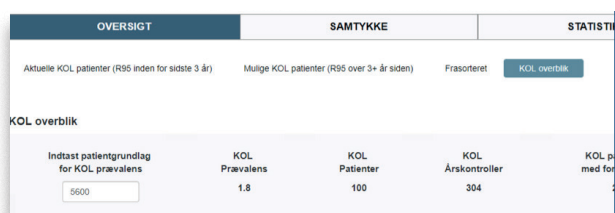
Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Data

KOL-overblik

I fanebladet "KOL overblik" ses en række illustrationer over målepunkter, der kan belyse håndteringen af patienter med KOL. For at få de rette data for din praksis, skal du indtaste hvor mange patienter, der cirka er tilmeldt din praksis, i feltet vist nedenfor.



OVERSIGT	SAMTYKKE	STATISTIK
Aktuelle KOL patienter (R95 inden for sidste 3 år)	Mulige KOL patienter (R95 over 3+ år siden)	Frasorteret
KOL overblik		
Indtast patientgrundlag for KOL prævalens	KOL Prævalens	KOL Patienter
5600	1.8	100
		KOL Årskontroller
		304

KOL-oversigten og overblik belyser både diagnostik, behandling og opfølgning. Denne Klyngepakke fokuserer alene på KOL-diagnostik og de udfordringer der knytter sig hertil.

Manglende data

Viser KOL-overblikket, at der mangler data for bestemte parametre for mange patienter, kan det skyldes, at de ikke er skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IUIPAC-kode, så de ikke vil blive samlet op i dataudtrækket. IUPAC-koderne der bruges i forbindelse med udtræk til KOL-forløbsplanerne, kan findes her:

<https://kiap.dk/resources/files/forloepsplaner/KOLKoder.pdf>

Systemhusene og de regionale data-konsulenter kan hjælpe med at få kodningen til at ske rigtigt. Er der behov for yderligere hjælp, kan KiAP kontaktes.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Behandlingsstrategi vælges ud fra symptomer og excersabationer.	Registrer MRC eller CAT score. Registrer sidste års episoder med prednisolon /antibiotika og KOL-indlæggelser.	Målepunkt 1: Andel af aktuelle KOL-patienter, der er GOLD-klassificeret mindst én gang. Kan aflæses i lagkagediagram.
Rygning er den vigtigste faktor for KOL.	Registrer rygestatus ved LFU/årskontrol.	Målepunkt 2: Andel af aktuelle KOL-patienter med registreret rygestatus. Kan aflæses i lagkagediagram.
Fysisk afhængighed opstår ved >6-10 cigaretter dagligt. Rådgivning og medicin fordobler chancen for varigt rygeophør.	Tilbyd rygestopkursus og medicinsk hjælp.	Ingen data.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
ICS øger risikoen for pneumoni ved høj dosis. LABA+LAMA virker bedre end LABA+ICS.	Brug kun ICS til visse patienter med Gold D.	Målepunkt 3: Andel aktuelle R95-patienter, der har fået recept på ICS inden for det sidste år. Kan aflæses under lagkagediagram.
Mange indtager ikke medicinen korrekt.	Vurder inhalationsevne Check inhalations teknik. TPI (Tjek På Inhalation): Opfordr patienten til at bede apoteket om instruktion på recepten.	Ingen data.
KOL-patienter har gavn af influenzavaccination.	Registrer sidst års vaccinationsstatus. Tilbyd ny vaccination.	Målepunkt 4: Andel aktuelle KOL-patienter, der er vaccineret sidste år. Kan aflæses under influenzavaccinations-lagkagen.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Patienter med KOL skal tilbydes regelmæssig opfølgning.	Tilbud om årlig opfølgningskonsultation.	Målepunkt 5: Andelen af patienter, der har fået en ydelse 0120 inden for de sidste 18 mdr. Kan aflæses øverst i KOL-overblikket.
	Hvis patienten er interesseret i det: Lav en plan for behandling og opfølgning.	Målepunkt 6: Andel af aktuelle KOL-patienter, der har en KOL-forløbsplan. Kan aflæses i bjælken øverst i KOL-overblikket.
	Tilmeld patienter, der følges i almen praksis til KOL-forløb.	Målepunkt 7: Andel af aktuelle KOL-patienter, der har ydelseskode 0130 eller 132. Kan aflæses i bjælken øverst i KOL-overblikket.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Fortolkning af målepunkter

Usikker måling: Hvis målepunktet er beregnet ud fra ganske få patienter er tallet meget usikkert og skal fortolkes med stor forsigtighed. Selv når tallet baseres på mange patienter, kan tilfældigheder resultere i, at man kommer til at ligge et stykke fra gennemsnittet i klyngen. Så vær forsigtig med at konkludere noget alt for skrår sikkert, uanset om din praksis eller kollegers, befinder sig i den ene eller den anden ende af spektret.

Patientpopulation: Forklaringen på, at man ligger et stykke væk fra gennemsnittet i klyngen, kan også være forskelle, der ligger uden for praksis' kontrol, fx forskelle i patientsammensætning (fx alder, sygdomsbyrde, sygdomshåndtering og sociale forskelle).

Praksisforhold: Endelig kan forklaringen på en afvigelse fra gennemsnittet skyldes, at din praksis håndterer KOL-behandlingen anderledes end andre praksis. Det vil den fælles refleksion i klyngen, kunne belyse.

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

KOL-klassifikation (målepunkt 1)

- Hvilke forklaringer er mest sandsynlige, hvis der mangler GOLD-klassifikation (manglende årsopfølgning, dataregistrering mangler/forkert)?
- Hvordan er årsopfølgningerne tilrettelagt: Aftale tid, antal konsultationer, hvem gør hvad?
- Hvilke erfaringer er der med at registrere rygning, MRC/CAT eller eksercationer?
- Skal der laves noget om?

Rygning (målepunkt 2)

- Hvornår spørges I (og personalet) til rygning?
- Hvordan registrere I rygestatus i løbet af året/til årsopfølgning?
- Hvornår henviser I til rygestop? Hvem henviser? Hvordan henvises?
- Hvornår bruger I rygestop medicin? Hvordan?
- Skal der laves noget om?

KOL-behandling (målepunkt 3)

- Hvordan bliver I opmærksom på at overveje igangværende ICS?
- Hvordan taler I med patienten om ophør med ICS?
- Hvordan sikres korrekt inhalationsteknik? Hvem skal gøre det?
- Skal der laves noget om?

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

Vaccination (målepunkt 4)

- Hvordan sikrer I KOL-patienterne tilbud om influenzavaccination?
- Skal der laves noget om?

Opfølgning (målepunkt 5)

- Hvordan tilrettelægger I årlig KOL-opfølgning?
- Er alle nødvendige oplysninger klar til den årlige opfølgning?
- Skal der laves noget om?

Forløbsplan og forløbsydelse (målepunkt 6-7)

- Hvornår og af hvem udfyldes KOL-forløbsplan?
- Hvornår og hvem melder patienten til KOL-forløbsydelsen?
- Skal der laves noget om?

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Klynge refleksion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

KOL klassifikation og opfølgning (målepunkt 1+5)

- Hvordan er årsopfølgningerne tilrettelagt: Aftale tid, antal konsultationer, hvem gør hvad?
- Hvilke forklaringer er mest sandsynlige, hvis der mangler GOLD-klassifikation (patient, behandler eller praksis niveau)?
- I hvilke situationer og af hvem registreres: rygestatus, dyspnoe grad, antal eksacerbationer og influenzavaccinationer?
- Hvilke erfaringer er der med at registrere rygning, MRC/CAT, exsacerbationer?
- Er alle nødvendige oplysninger klar til den årlige opfølgning?
- Fif og fiduser til gode forløb - skabeloner, fraser eller registreringsprocedurer?

Rygning (målepunkt 2)

- Hvornår skal der spørges til rygning?
- Hvordan skal rygestatus registreres, når der er spurgt?
- Hvornår sker henvisning til rygestop? Hvem henviser? Hvordan henvises? Erfaring med tilbud?
- Hvornår bruges rygestop medicin?
- Skal der laves noget om?

KOL-behandling (målepunkt 3)

- Hvordan opstår opmærksomheden på om en igangværende ICS behandling skal overvejes?
- Hvordan taler I med patienten om ophør med ICS?
- Hvordan sikres korrekt inhalationsteknik? Hvem skal gøre det?
- Fif og fiduser til ICS?

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Klynge refleksion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

Vaccination (målepunkt 4)

- Hvordan sikrer I KOL-patienterne tilbud om influenzavaccination?
- Fif og fiduser?

Forløbsplan og forløbsydelse (målepunkt 6-7)

- Hvornår og af hvem udfyldes KOL-forløbsplan? Erfaringer med forløbsplanerne?
- Hvornår og hvem melder patienten til KOL-forløbsydelsen? Erfaringer?
- Fif og fiduser

Forandringer i rutinerne

- Hvilke ændringer vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan det ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvad vil I tage med hjem til jeres egen praksis?

KOL

Behandling og opfølgning

Klyngepakke

Referencer & inspiration

Dansk Selskab for lungemedicin:

- Vejledning:
<https://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-vejledning-2017/file.html>
- Kort UfL version:
http://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-06/V11170855_0.pdf

DSAM-vejledning:

- Oversigt:
<https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=939&gotoChapter=939>
- 2 siders resume:
<http://vejledninger.dsam.dk/media/files/16/kol-lamineret-ark-1.pdf>
- KOL arbejdsopgaver:
<http://vejledninger.dsam.dk/media/files/16/fordeling-af-kol-arbejdsopgaver.pdf>
- KOL behandling:
https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=977&gotoChapter=977#chapter_984
- Supplerende referencer:
<https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=showPage&pageId=98>

Tilmelding til forløbsplaner

Klinikken skal være tilmeldt forløbsplaner for at kunne trække opgørelserne.
Er klinikken ikke tilmeldt, kan det gøres på følgende måde:

1. Opret databehandlertaftale med anvendelse af sundhedsfaglig Nem ID:
<https://kiap.dk/kiap/praksis/forloebplaner.php#databehandlertaftale>
2. Aktiver forløbsplanmodulet i dit it-system. Er der problemer med dette, kan du kontakte dit systemhus eller KiAP support for at komme i gang. KiAP support (7196 8844).

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Introduktion

Formålet med behandlingen af type 2 diabetes er at forebygge udviklingen af hjerte-kar-sygdom, nefropati, retinopati, neuropati og fodkomplikationer. Hvis det er relevant, har rygestop første prioritet, og gevinsten ved medicinsk behandling er principielt størst jo højere niveauer af lipider, blodtryk og blodglukose, der behandles. Behandlingsstrategien bør dog primært sigte mod at mindske progressionshastigheden af sygdommen for at sikre flere gode leveår.

Opfølgning og behandling af ældre mennesker (over 70 år) udgør en særlig udfordring pga. af evt. komorbiditet, funktionsnedsættelse og anden svækkelse, og skal tilpasses individuelt til den enkeltes situation. Der anbefales fokus på symptomkontrol og mindre stram regulering end hos yngre.

Denne klyngepakke tager udgangspunkt i DSAM's vejledning om type 2 diabetes, hvor den aktuelle viden og kliniske anbefalinger er detaljeret gennemgået.

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=53>

Formålet med klyngepakken er at give deltagerne mulighed for at reflektere over egen kliniske praksis, og for at de sammen med kolleger kan overveje, om der er behov for ændringer, og hvordan de i givet fald kan indføres.

På nogle områder er det muligt at få data, der kan belyse feltet og danne grundlag for diskussionerne. På andre områder findes ingen tilgængelige data, og refleksionerne må i stedet tage udgangspunkt i deltagernes personlige erfaringer.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Data

Diabetes oversigt

Praksis skal være tilmeldt forløbsplansmodulet for at fremskaffe data (se "inspiration" sektionen bagest i klyngepakken). Den enkelte praksis kan hermed få en Datarapport over egne diabetes type 2 patienter ved at vælge "Vis diabetes Oversigt" i forløbsplansmodulet, der findes i de enkelte journalsystemer.

OVERSIGT

SAMTYKKE

Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år)

Mulige diabetes patienter (T90: 3+ år)

Frasorteret

Antal diabetes patienter i praksis: 8

Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år)

[Print PDF](#)

[Download Excel](#)

Navn	Cpr	Seneste Kronikerhenørar	HbA1c	Blodtryk	Total kolesterol	LDL	U-Alb / Crea	eGFR	Metformin
Ane T. Lauridsen	020160-9996		47	144 / 89	6.5	4.6	32	79	
Britta Test Berggren	150981-9996		48	147 / 84	3.9	3.5	14	58	
Bruno Test Elmer	250947-9989		49	110 / 70	3.2	1.7	17	97	
Cæcar Test Østergaard	231114-3995		56	148 / 91	6.5	4.5	27	109	

Der er mulighed for at få overblik over alle patienter med type 2 diabetes i praksis, som har været set i praksis indenfor de seneste 3 år, selv om patienterne ikke har fået lavet en forløbsplan. Det er også muligt at fremsøge "mulige diabetespatienter", der er patienter, der har fået diagnosen type 2 diabetes, men ikke er set i praksis med denne diagnose de seneste 3 år. Er de fejlkodet, og eller følges de på sygehus, kan de frasorteres. Hvis ikke kan der være behov for særlig opmærksomhed. Er det sårbare patienter med behov for en særlig indsats, kan den iværksættes.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Data

Diabetes overblik

Klik på fanebladet "Diabetesoverblik" for at få et overblik, der er velegnet til intervention i forhold til patientgruppen i praksis. Ved at pege på lagkage-stykkerne kan de enkelte patienter findes. Målepunkterne gør det også muligt at sammenligne håndteringen i egen praksis med andre praksis. For at få de rette data for din praksis skal du indtaste hvor mange patienter, der cirka er tilmeldt din praksis i feltet, der er vist nedenfor.



The screenshot shows a web interface with three tabs: OVERSIGT, SAMTYKKE, and STATISTIK. The OVERSIGT tab is active, showing a sub-tab for 'Diabetes overblik'. Below this, there is a table with five columns: 'Indtast patientgrundlag for diabetes prævalens', 'Diabetes Prævalens', 'Diabetes Patienter', 'Diabetes Årskontroller', and 'Diabetes patienter med forløbsplan'. The first column has a text input field with 'Antal patienter' and a value of '1'. The other columns have values: '1', '0', and '1' respectively. There is also a 'Print' button in the top right corner of the table area.

Indtast patientgrundlag for diabetes prævalens	Diabetes Prævalens	Diabetes Patienter	Diabetes Årskontroller	Diabetes patienter med forløbsplan
Antal patienter: 1	1	0	1	

Manglende data

Viser diabetes overblikket, at der mangler data for bestemte parametre for mange patienter, kan det skyldes, at de ikke skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IUPAC-kode, så de ikke vil blive samlet op i dataudtrækket. IUPAC-koderne, der bruges i forbindelse med udtræk til diabetes-forløbsplanerne, kan findes her:

<https://kiap.dk/kiap/praksis/iupackoder.php>

Systemhusene og de regionale data konsulenter kan hjælpe med at få kodningen til at ske rigtigt. Er der behov for yderligere hjælp, kan KiAP kontaktes.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Hba1c: Højt blodsukker øger risiko for både storkarsygdom og småkarsygdom hos type 2 diabetes patienter.	Hba1c: Svækkede ældre/demente: > 53. Hjertepatienter: < 58 Makroalbuminuri: < 58 Varighed over 12 år < 58 Varighed 5-12 år < 53 Varighed under 5 år < 48.	Målepunkt 1: Andel med HbA1c over 58? Kan aflæses i lagkagediagram.
LDL-kolesterol: Højt kolesterol er den største risikofaktor for storkarsygdom hos type 2 diabetes-patienter.	LDL-kolesterol: Hjerteriske uden proteinur: < 2,6, øvrige < 1,8.	Målepunkt 2: Andel med LDL-kolesterol over 2,5 uden at få statin? Kan aflæses i lagkagediagram.
Blodtryk: Højt blodtryk øger risiko for både storkarsygdom og småkarsygdom hos type 2 diabetes-patienter.	Systolisk blodtryk: Svækkede ældre: 140-150. øvrige patienter < 130.	Målepunkt 3: Andel med Sys BT > 140. Kan aflæses i lagkagediagram.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Vedvarende høje værdier – svækkede patienter kræver en særlig indsats?	Det anbefales, at patienter med type 2 diabetes når individuelle mål for systolisk blodtryk, LDL kolesterol og HbA1c.	Målepunkt 4: Andel, der har vedvarende forhøjede værdier af HbA1c. Kan aflæses i lagkagediagram.
Mikroalbuminuri (U-alb/crea ratio:30-300) indikerer øget risiko for komplikationer i form af hjertekarsygdom, retinopati, neuropati og nefropati. Makroalbuminuri (U-alb/crea ratio>300) indikerer nefropati. ARB/ACE forsinker komplikationerne.	U-alb/crea ratio anbefaling: >30: Overvej angiotensin II-receptorblokker eller ACE hæmmer.	Målepunkt 5: Andel med mikroalbuminuri eller makroalbuminuri, der får ARB/ACE. Kan aflæses i søjlediagram.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Nyrefunktion: Metformin udskilles via nyrene. Ved nedsat nyrefunktion kan metformin udløse lactatacidose.	GFR > 60: Normal metformin. GFR 30-60: Halvere metformin. GFR < 30: Seponere metformin.	Målepunkt 6: Andel med GFR < 30, der ikke får metformin. Kan aflæses i søjlediagram.
Vedvarende høje værdier – er der særlig sårbare patienter, der kræver en anderledes indsats?	Det anbefales, at patienter med type 2 diabetes når individuelle mål for systolisk blodtryk, LDL-kolesterol og HbA1c.	Diabetesoverblik: Hvor mange patienter har vedvarende forhøje værdier?
Behandling med SGL2 eller GLP1 nedsætter mortalitet og morbiditet for patienter med samtidig hjertesygdom.	Type 2 diabetespatienter med hjertesygdom bør have SGL2 eller GLP1.	Målepunkt 7: Andel af patienter med type 2 diabetes og hjertesygdom, der får SLG2 eller GLP1? Kan aflæses i søjlediagram.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Fortolkning af målepunkter

Usikker måling: Hvis målepunktet er beregnet ud fra ganske få patienter, er tallet meget usikkert, og skal fortolkes med stor forsigtighed. Selv når tallet baseres på mange patienter kan tilfældigheder resultere i, at man kommer til at ligge et stykke fra gennemsnittet i klyngen. Så vær forsigtig med at konkludere noget alt for skrår sikkert, uanset om din praksis eller kollegers befinder sig i den ene eller den anden ende af spektret.

Patientpopulation: Forklaringen på, at man ligger et stykke væk fra gennemsnittet i klyngen, kan også være forskelle, der ligger uden for praksis' kontrol, fx forskelle i patientsammensætning (fx alder, sygdomsbyrde, sygdomshåndtering og sociale forskelle).

Praksisforhold: Endelig kan forklaringen på en afvigelse fra gennemsnittet skyldes, at din praksis håndterer type 2 diabetesbehandlingen, anderledes end andre praksis. Det vil den fælles refleksion i klyngen kunne belyse.

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

Behandlingsresultat (målepunkt 1-4)

- Er der flere end ventet med for højt HbA1c? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?
- Er der flere end ventet med for højt LDL? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?
- Er der flere end ventet med for højt systolisk BT? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?
- Hvilke patienter har vedvarende forhøjede HbA1c værdier? Hvorfor?
- Hvilke tiltag er det vigtigst og mest realistisk at sætte ind med?

Specifik behandling (målepunkt 5-7)

- Er der patienter der ikke får ACE/ angiotensin II-receptorblokker (ARB)? Hvorfor?
- Er der patienter med GFR<30 der får Metformin? Hvorfor?
- Er der patienter med hjertesygdom der ikke får SLGT2 eller GLP1? Hvorfor?
- Er der patienter, som vi skal overveje at henvise til sygehuset?
- Skal der laves noget om?

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Klynge refleksion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

Behandlingsresultat (målepunkt 1--4)

- Er der flere end ventet med for højt HbA1c? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes tillæg af ny oral medicin? Insulin? Hvordan følges op?
- Er der flere end ventet med for højt LDL? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?
- Er der flere end ventet med for højt systolisk BT? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?
- Hvilke patienter har vedvarende forhøjede værdier? Hvorfor? Hvad kan vi gøre anderledes?

Specifik behandling (målepunkt 5-7)

- Er der patienter, der ikke får angiotensin II-receptorblokker / ACE? Hvorfor? Hvordan sikres det?
- Er der patienter med GFR<30, der får Metformin? Hvorfor? Hvordan forhindres det?
- Er der patienter med hjertesygdom, der ikke får SLGT2 eller GLP1? Hvorfor? Hvordan sikres det?

Diskuter forandringer i rutiner

- Hvilke tiltag i forhold til opfølgningen er det vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvilke ændringer i forhold til behandlingen vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan det ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?

Type 2 diabetes

Behandling og kvalitet

Klyngepakke

Referencer & inspiration

* Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner

<https://www.laeger.dk/Overenskomst-om-almen-praksis>

** Diabetesforeningens diabetesdata

<https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>

*** DSAM diabetesvejledning

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=531>

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Introduktion

Formålet med behandlingen af type 2 diabetes er at forebygge udviklingen af hjerte-kar-sygdom, nefropati, retinopati, neuropati og fodkomplikationer. Hvis det er relevant, har rygestop første prioritet og gevinsten ved medicinsk behandling er principielt størst, jo højere niveauer af lipider, blodtryk og blodglukose, der behandles. Behandlingsstrategien bør dog primært sigte mod at mindske progressionshastigheden af sygdommen – ikke at afvente forværring for herefter at forsøge at genvinde det tabte. Alt andet lige betyder en tidlig intervention over for risikofaktorerne flere gode leveår.

Opfølgning og behandling af ældre mennesker (over 70 år) udgør en særlig udfordring i almen praksis, fordi ældre ofte har betydelig komorbiditet, funktionsnedsættelse og en anden svækkelse. Vurdering af den optimale behandling hos den enkelte ældre er ofte ganske kompliceret. Ved den årlige statusundersøgelse fastsættes individuelle behandlingsmål, men generelt anbefales fokus på symptomkontrol og mindre stram regulering end hos unge.

Denne Klyngepakke tager udgangspunkt i DSAM's vejledning om type 2 diabetes, hvor den aktuelle viden og kliniske anbefalinger er gennemgået detaljeret.

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=53>

Formålet med klyngepakken er at give deltagerne mulighed for at reflektere over egen kliniske praksis, og for at de sammen med kolleger kan overveje om, der er behov for ændringer, og hvordan de i givet fald kan indføres.

På nogle områder er det muligt at få data, der kan belyse feltet og danne grundlag for diskussionerne. På andre områder findes ingen tilgængelige data, og refleksionerne må i stedet tage udgangspunkt deltagernes personlige erfaringer.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Data

Diabetes oversigt

Praksis skal være tilmeldt forløbsplansmodulet for at fremskaffe data (se "inspiration" sektionen bagest i klyngepakken). Den enkelte praksis kan få en Datarapport over egne diabetes type 2 patienter ved at vælge "Vis diabetes Oversigt" i forløbsplansmodulet, der findes i de enkelte journalsystemer. Alle patienter med diabetes type 2 diagnosen vises, uanset om de har en forløbsplan eller ej.

OVERSIGT

SAMTYKKE

Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år)

Mulige diabetes patienter (T90: 3+ år)

Frasorteret

Antal diabetes patienter i praksis: 8

Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år)

[Print PDF](#)

[Download Excel](#)

Navn	Cpr	Seneste Kronikerhonorar	HbA1c	Blodtryk	Total kolesterol	LDL	U-Alb / Crea	eGFR	Metformin
Ane T. Lauridsen	020160-9996	47	144 / 89	6.5	4.6	32	79		
Britta Test Berggren	150981-9996	48	147 / 84	3.9	3.5	14	58		
Bruno Test Elmer	250947-9989	49	110 / 70	3.2	1.7	17	97		
Cæcar Test Østergaard	231114-3995	56	148 / 91	6.5	4.5	27	109		

Der er mulighed for at få overblik over alle patienter med type 2 diabetes i praksis, som har været set i praksis indenfor de seneste 3 år, selv om patienterne ikke har fået lavet en forløbsplan. Det er også muligt at fremsøge "mulige diabetespatienter", der er patienter, der har fået diagnosen type 2 diabetes, men ikke er set i praksis med denne diagnose de seneste 3 år. Er de fejlkodet, og/-eller følges de på sygehus, kan de frasorteres. Hvis ikke, kan der være behov for særlig opmærksomhed. Er det sårbare patienter med behov for en særlig indsats, kan den iværksættes.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Data

Diabetes overblik

Klik på fanebladet "Diabetesoverblik" for at få et overblik, der er velegnet til intervention i forhold til patientgruppen i praksis. Ved at pege på lagkagestykkerne kan de enkelte patienter findes. Målepunkterne gør det også muligt at sammenligne håndteringen i egen praksis med andre praksis. For at få de rette data for din praksis, skal du indtaste hvor mange patienter, der cirka er tilmeldt din praksis i feltet, der er vist nedenfor.



The screenshot shows a web interface with three tabs: OVERSIGT, SAMTYKKE, and STATISTIK. The OVERSIGT tab is active, showing a sub-tab for 'Diabetes overblik'. Below this, there is a table with five columns: 'Indtast patientgrundlag for diabetesprævalens', 'Diabetes Prævalens', 'Diabetes Patienter', 'Diabetes Årskontroller', and 'Diabetes patienter med forløbsplan'. The first column has a text input field with 'Antal patienter' and a value of '1'. The other columns have values: '1', '1', '0', and '1' respectively. There is a 'Print' button in the top right corner of the table area.

Indtast patientgrundlag for diabetesprævalens	Diabetes Prævalens	Diabetes Patienter	Diabetes Årskontroller	Diabetes patienter med forløbsplan
Antal patienter: 1	1	1	0	1

Manglende data

Viser diabetesoverblikket, at der mangler data for bestemte parametre for mange patienter, kan det skyldes, at de ikke skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IUPAC-kode, så de ikke vil blive samlet op i dataudtrækket. IUPAC-koderne, der bruges i forbindelse med udtræk til diabetes-forløbsplanerne, kan findes her:

<https://kiap.dk/kiap/praksis/iupackoder.php>

Systemhusene og de regionale data konsulenter kan hjælpe med at få kodningen til at ske rigtigt. Er der behov for yderligere hjælp kan KiAP kontaktes.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Diabetes diagnosekodning		
Mulige patienter med diabetes kan skyldes manglende opfølgning eller forkert diagnosekodning.	Identificer mangelfuld opfølgning og følg op, hvis det skønnes relevant. Slet patienter med forkert kode af listen over patienter med diabetes.	Intet målepunkt.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Opfølgning af patienter med type 2 diabetes		
Kontinuitet og relation til fast behandler understøtter livskvalitet og egenomsorg og nedsætter risikoen for komplikationer og dødelighed.	Årskontrol og relevante mellemliggende kontroller for alle patienter med type 2 diabetes.	Målepunkt 1: Andel af diabetespatienter, som inden for de seneste 18 måneder har været til årsstatus (ydelse 0120/0121). Kan aflæses i bjælken øverst i Diabetes-overblik. Målepunkt 2a: HbA1c målt inden for 18 måneder. Målepunkt 2b: LDL målt inden for 18 måneder. Målepunkt 2b: BT målt inden for 18 måneder. Målepunkt 2b: GFR målt inden for 18 måneder. Målepunkt 2b: U-alb/crea målt inden for 18 måneder. Kan aflæses i lagkagediagrammerne.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Forløbsplan og forløbsydelse		
OK18 medfører, at patienter der inden for de sidste 4 år og fremadrettet har fået diagnosen, skal tilbydes forløbsplan.	Tilbyd målgruppen en forløbsplan, hvis det giver mening.	Målepunkt 3: Andel af diabetespatienter med forløbsplaner.
Patienter, der følges i diabetesambulatoriet kan give os et skævt billede af diabetesomsorgen i vores klinik.	Afmeld patienter, der følges i ambulatorium fra forløbsydelsen.	Ingen målepunkter. Kræver individuel vurdering af patienter tilmeldt kronikerhonorar.
Sørg for korrekt ydelsesregistrering af patienter, der følges i praksis.	Patienter, der følges i praksis med type 2 diabetes skal tilmeldes forløbsydelsen.*	Målepunkt 4: Andel af diabetespatienter tilmeldt kronikerhonorar. Kan aflæses i bjælken øverst i diabetes-oveblik.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Fortolkning af målepunkter

Usikker måling: Hvis målepunktet er beregnet ud fra ganske få patienter, er tallet meget usikkert og skal fortolkes med stor forsigtighed. Selv når tallet baseres på mange patienter, kan tilfældigheder resultere i, at man kommer til at ligge et stykke fra gennemsnittet i klyngen. Så vær forsigtig med at konkludere noget alt for skrår sikkert, uanset om din praksis eller kollegaer befinder sig i den ene eller den anden ende af spektret.

Patientpopulation: Forklaringen på, at man ligger et stykke væk fra gennemsnittet i klyngen, kan også være forskelle, der ligger uden for praksis' kontrol, fx forskelle i patientsammensætning (fx alder, sygdomsbyrde, sygdomshåndtering og sociale forskelle).

Praksisforhold: Endelig kan forklaringen på en afvigelse fra gennemsnittet skyldes, at din praksis håndterer type 2 diabetesbehandlingen, anderledes end andre praksis. Det vil den fælles refleksion i klyngen kunne belyse.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

Diabetes diagnose (målepunkt 1)

- Har patienter i gruppen "mulige diabetespatienter" en korrekt diagnose, og hvorfor er de så ikke set i lang tid?
- Skal der laves noget om?

Opfølgning af patienter med Type 2 diabetes (målepunkt 2-3)

- Hvordan sikrer jeres praksis, at alle relevante patienter tilbydes og får foretaget årlig statusundersøgelse?
- Hvilke personalegrupper indgår i forløbet af årlig statusundersøgelse i jeres praksis og hvad laver de (tidsbestilling, lab-prøver, svar og statuskonsultation)?
- Hvilke lab-test "smutter"? Hvorfor?
- Hvordan sikres opfølgning/hvem aftaler og gennemfører opfølgende konsultation?
- Hvorledes sikres opfølgning af dysregulerede patienter, og patienter med særlige behov?
- Skal der laves noget om?

Forløbsplan og forløbsydelse (målepunkt 4-5)

- Hvornår udfyldes forløbsplan? Hvem gør det?
- Hvornår tilmeldes patienten diabetes forløbsydelsen i almen praksis (0130/0132)? Hvem gør det?
- Skal der laves noget om?

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Klynge refleksion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

Diabetes mistanke (målepunkt 1)

- Hvor mange skyldes fejlkodning?
- Hvor mange skyldes, at de følges i ambulatorier?
- Hvor mange skyldes mangelfuld opfølgning pga. sårbarhed og andet?
- Idéer til ændringer?

Opfølgning af patienter med Type 2 diabetes (målepunkt 2-3)

- Hvordan sikrer jeres praksis, at alle relevante patienter tilbydes og får foretaget årlig statusundersøgelse?
- Hvem indgår i forløbet af årlig statusundersøgelse i jeres praksis, og hvad laver de (tidsbestilling, lab-prøver, svar og statuskonsultation)?
- Hvem aftaler og gennemfører opfølgende konsultation?
- Hvilken rolle skal praksispersonalet og lægerne have i forløbet?
- Idéer til ændringer?

Diabetes forløbsplan og kronikerhonorar (målepunkt 4-5)

- Hvilke erfaringer er der med at lave forløbsplaner?
- Tilmelding til Diabetes-kronikerhonorar? Hvornår/hvornår ikke?
- Idéer til ændringer?

Diskuter forandringer i rutiner

- Hvilke gode ideer til organisering af opfølgning og organisering er der kommet på mødet?
- Hvilke ændringer vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan ændringer ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Referencer & inspiration

* Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner:

<https://www.laeger.dk/Overenskomst-om-almen-praksis>

** Diabetesforeningens diabetesdata:

<https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>

*** DSAM diabetesvejledning:

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=531>

Introduktion

Hver dag bliver der i almen praksis målt CRP hos rigtig mange patienter. Men hvornår er det relevant at måle CRP, og hvad er den kliniske betydning og konsekvens af målingen? Disse og andre klinisk- og praktisk relevante spørgsmål om, hvordan den kliniske hverdag er organiseret i forhold til brugen af CRP-måling er i fokus i CRP-Klyngepakken.

Der er aktuelt ikke mulighed for på en let måde at trække data om anvendelsen af CRP ud på praksis og klyngeniveau fx i forhold til sammensætningen af praksispopulationen. Men via afregningen er der mulighed for at få et indblik i den enkelte praksis' anvendelse af CRP-målinger. Med de begrænsninger denne grove måde at opgøre CRP-anvendelsen på indeholder, giver det alligevel et udgangspunkt for den kollegiale drøftelse, der lægges op til, om hvilken rolle CRP-målinger har i klinikkerne.

Det vigtigste er, at data kan give anledning til nogle frugtbare overvejelser over forskellige måder, den enkelte læge, anvender CRP-måling på, og den måde CRP-målingerne er organiseret på i den enkelte praksis. Det er håbet, at denne kollegiale drøftelse og erfaringsudveksling kan give inspiration til klyngedeltagerne til eventuelle justeringer af den kliniske praksis, når de kommer hjem til praksis.

CRP

Klyngepakke

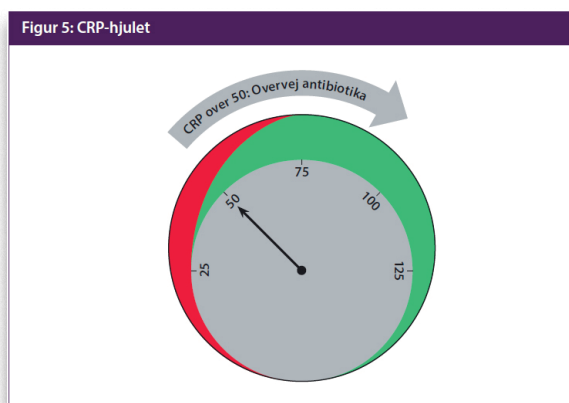
Data

- Åbn sundhed.dk
- Vælg Fagperson
- Log på med din nem-id i klinikken
- Du er nu på siden "sundhedsfagligt overblik"
- Vælg: Praksis-og afregningsportalen
- Vælg: Tryk her for at åbne Praksis- og afregningsportalen i en ny fane
- Tryk på linket "Lister"
- Åben Arkiv – 2018 – Kontrolstatistik – januar 2018-juni 2018
- Find afregningsydelse 7120 CRP måling og noter:
 - Antal CRP målinger: ____
 - Afvigelse fra regionsgennemsnit: _____

Fakta og anbefalinger

CRP kan primært anvendes til at udelukke svær bakteriel infektion og på den måde indikere, at en eventuel antibiotikabehandling med stor sandsynlighed IKKE vil have effekt på sygdomsforløbet.

- CRP er udokumenteret og ikke relevant ved akut faryngo-tonsillitis eller akut otitis media.
- CRP-målinger < 24 timer fra sygdomsdebut bør anvendes med forsigtighed, da der som regel går mindst 1 døgn, før man kan forvente en væsentlig stigning i koncentrationen af CRP.
- En CRP-måling < 20 mg/l taler imod bakteriel infektion, og antibiotika kan som regel undlades.
- Hos en ikke-akut medtaget patient med CRP mellem 20 og 75 mg/l, kan en vent og se-recept overvejes.
- Forsigtighed anbefales ved brug af CRP til børn eller ved svær komorbiditet i almen praksis pga. få data vedrørende disse patientgrupper.



Referencer:

- [Luftvejsinfektioner](#)
- [C reaktivt protein](#)
- [Cochrane](#)

CRP

Klyngepakke

Praksis refleksion

- Bruger min praksis CRP, som jeg forventede?
- Hvad betyder noget for, hvor mange CRP-test der tages i min praksis?
- Hvilken rolle har personalet i, om der tages en CRP-test?
- Er der en fælles holdning til, i hvilke situationer CRP skal måles?
- Er der en bestemt rutine for, i hvilke situationer CRP skal måles?
- Hvordan tolkes CRP-værdien, og hvilke konsekvenser drages der – enighed?
- Giver faktaark og faktisk CRP-anvendelse anledning til, at der skal ændres noget i håndteringen?

Klynge refleksion

Diskutér faktaark

- Er der enighed om tolkningen?
- Er der noget nyt eller noget overraskende?
- Hvilke anbefalinger, synes I, er mest relevante for din praksis at forholde sig til?

Diskutér reflektionsark

- Er der behov for en praksis politik i forhold til CRP-måling i jeres praksis? Tolkning? Konsekvens?
- Har nogen af jer retningslinjer (til uddannelseslæger og praksispersonale) for anvendelsen af CRP-måling?

Diskutér forandringer i rutinerne

- Hvordan kommer man i gang med at indføre en eventuel ny måde at anvende/tolke/tage konsekvens af CRP-måling på?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvordan vil en indsats påvirke arbejdsglæden? Driften?

NSAID

Klyngepakke

Introduktion

NSAID (Non-steroidale antiinflammatoriske midler) virker antiinflammatorisk, analgetisk, antipyretisk og trombocyttaggregationshæmmende og er blevet anvendt i stort omfang. NSAID anvendes ved uretherstensmerter og dysmenore, og ved tilstande, hvor der både er smerter og inflammation, og har tidligere været almindeligt brugt til behandlingen, af mange forskellige typer af smerter. Men på grund af NSAID's mulige bivirkninger på nyre, hjerte og mave-tarm system anbefales i dag paracetamol som den primære smertestillende behandling.

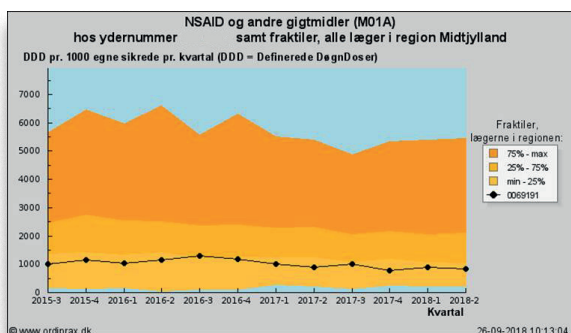
Formålet med NSAID Klyngepakken er, at den enkelte praksis får indblik i egne ordinationer af NSAID sammenlignet med andre praksis og sammen med kollegerne i klyngen diskuterer deres overvejelser og måde at anvende NSAID på i forhold til den nuværende viden på området og tilhørende anbefalinger.

Dataudtræk

Log ind på ordiprax.dk (hjælp til adgangskode og login får du på hjemmesiden)
Tryk på almen lægepraksis.

Anvendelsen af NSAID og andre gigtmidler

Vælg:
kurver

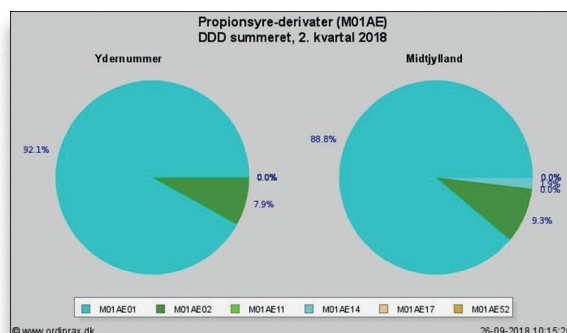


Vælg:
ATC3 niveau
M01A: NSAID og andre gigtmidler
DDD/1000 patienter.

Tryk Vis diagram og skriv billedet
ud eller noter hvor praksis ligger
(0-15%, 25-50%, 70-100%).

Ibuprofen andel

Vælg:
lagkagediagram



Vælg:
ATC4 niveau
M01AE: Propionsyre-derivater
Vælg seneste kvartal
DDD.

Tryk Vis diagram og peg på
lagkageskiverne for at se præparatnavne.
Skriv billedet ud eller noter
fordelingen mellem præparaterne.

NSAID

Klyngepakke

Faktaark

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?
Brug af NSAID-præparater øger risikoen for gastrointestinal blødning, nyreinsufficiens og hjerte-kar-sygdom.	Paracetamol er førstevalg.
Ældre er særligt følsomme – især for alvorlige gastrointestinale bivirkninger.	Undgå så vidt muligt NSAID til ældre (>65 år) og kroniske smerter.
Risikoen for nyreinsufficiens er størst ved præeksisterende nyre-, lever- og hjerteinsufficiens.	NSAID bør ikke anvendes til patienter med kendt hjertesygdom og/eller GFR<30 ml/min.
Risikoen stiger med dosis og behandlingsvarighed.	NSAID bør kun anvendes i lavest mulige dosis, kortest mulig tid.
NSAID har en anti inflammatorisk virkning.	Ved smerter med inflammatorisk komponent (f.eks. arthritis urica) kan kortvarig behandling med NSAID være indiceret.
Risikoen for gastrointestinal blødning øges ved kombination med antitrombotika, herunder ASA, prednisolon og SSRI.	Undgå NSAID hos patienter med risikofaktorer for gastrointestinal blødning. Kombiner med lavdosis PPI til disse patienter.
Forskellige NSAID-præparater er ligeværdige.	Ibuprofen (≤1200 mg dgl.) er førstevalg.

Praksis refleksion

- Er forbruget, som jeg troede?
- Hvad betyder noget for ordination af NSAID i min praksis?
- Hvilken rolle har personalet i NSAID-ordinationer?
- Er der en fælles holdning til, hvornår og hvordan NSAID ordineres i min praksis?
- Giver faktaark og faktisk forbrug anledning til, at der skal ændres noget i håndteringen?

Klynge refleksion

Diskutér faktaark

- Er der enighed om tolkningen?
- Er der noget nyt eller noget overraskende?
- Hvilke anbefalinger, synes I, er mest relevante for din praksis at forholde sig til?

Diskutér reflektionsark

- Har nogen af jer retningslinjer (til uddannelseslæger og andre) for opstart af NSAID?
- Hvordan begrænser vi nyordinationer af NSAID?
Erfaringer i gruppen?
- Hvordan håndterer I receptfornyelser om NSAID?
- Hvad gør det svært at stoppe igangværende NSAID?
Har nogen erfaringer med, hvordan det kan gøres?
- Hvordan sikrer vi, at ingen med hjertesygdom eller GFR under 30 får NSAID?

Diskutér forandringer i rutinerne

- Hvordan kommer man i gang med at indføre en eventuel ny måde at begrænse nyordinationer/receptfornyelser på?
- Hvordan sikrer vi hjerte/nyresyge mod NSAID-ordinationer?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvordan vil en indsats påvirke arbejdsglæden? Driften?

NSAID

Klyngepakke

Referencer

- NSAID i Promedicin
- NSAID i Medicin-i-midt indsats i RM

Conjunctivitis

Klyngepakke

Introduktion

Øjenbetændelse hos især småbørn er hyppig i almen praksis. Forældrene kan være bekymrede og ønske hjælp til at håndtere tilstanden, og ofte vil det blive aktuelt at forholde sig til smitterisiko og forholdsregler i forbindelse med fx pasning uden for hjemmet. De hyppigste milde virale infektioner kræver ikke behandling. I forhold til alvorlige bakterielle infektioner anbefaler Sundhedsstyrelsen, at de behandles lokalt med antibiotika, og at børnene ikke må komme i institution. Det er klinisk en udfordring at skelne mellem virale og bakterielle infektioner. Samtidig kan sværhedsgraden også være vanskelig at afgøre, ligesom forventninger hos forældre og børnepassere kan lægge pres på lægerne.

Med denne klyngepakke lægges der op til en drøftelse i klyngen om, hvordan den eksisterende viden skal fortolkes og til en diskussion af, hvordan denne hyppige kliniske problemstilling kan håndteres i dagligdagen.

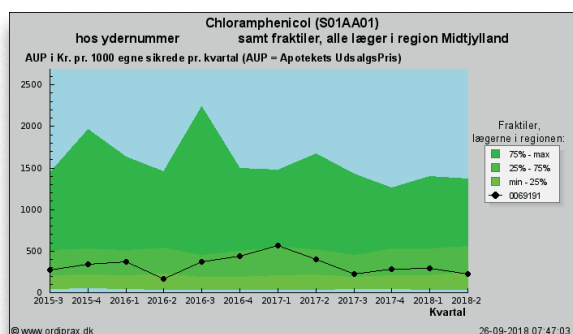
Conjunctivitis

Klyngepakke

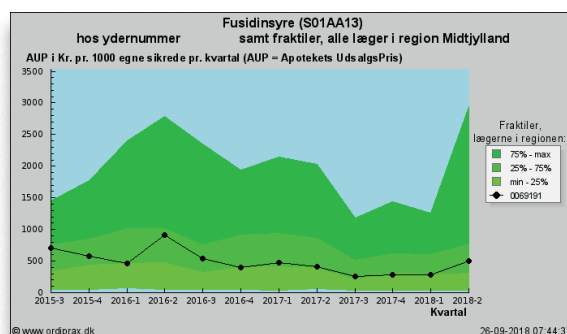
Data

Log ind på ordiprax.dk (hjælp til adgangskode og login får du på hjemmesiden)
Tryk på almen lægepraksis.

Vælg:
kurver



Vælg:
kurver



Vælg:
ATC5 niveau
S01AA01: Chloramphenicol
AUP/1000 patienter.

Vælg:
ATC5 niveau
S01AA13: Fusidinsyre
AUP/1000 patienter.

Tryk Vis diagram og skriv billedet ud eller noter hvor praksis ligger.
(0-15%, 25-50%, 70-100%).

AUP- Apotekets Udsalgs Pris

Hvis din praksis har mange børn tilmeldt vil der være flere børn med conjunctivitis og forventeligt flere ordinationer og dermed højere AUP/1000 tilmeldte. Andel af børn blandt de tilmeldte kan du finde på sundhed.dk under klinikadministration/afregningsportal/lister.

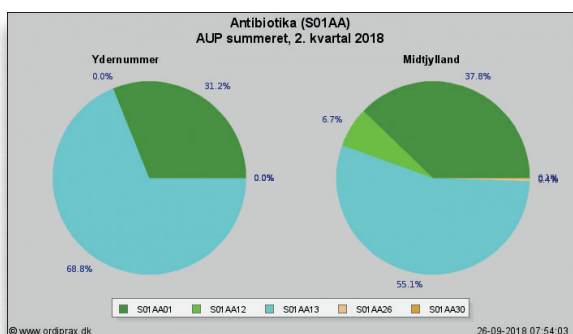
Conjunctivitis

Klyngepakke

Data

Log ind på ordiprax.dk (hjælp til adgangskode og login får du på hjemmesiden)
Tryk på almen lægepraksis.

Vælg:
lagkagediagram



Vælg:
ATC4 niveau
S01AA: Antibiotika
Vælg seneste kvartal
AUP.

Tryk Vis diagram og peg på lagkageskiverne for at se præparatnavne. Skriv billedet ud eller noter fordelingen mellem chloramfenikol, fucidinsyre og tobramycin.

AUP- Apotekets Udsalgs Pris

Hvis din praksis har mange børn tilmeldt, vil der være flere børn med conjunctivitis og forventeligt flere ordinationer og dermed højere AUP/1000 tilmeldte. Andelen af børn blandt de tilmeldte, kan du finde på sundhed.dk under klinikadministration/afregningsportal/lister.

Conjunctivitis

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Forløbet af bakterielle øjeninfektioner er godartet og efter en uge er langt de fleste raske.

Diagnostik:

- Bakteriel infektion: tyktflydende gult flåd, sammenklistring af øjenlåg og konjunktival injektion.
- Viral infektion: Ofte forudgået af øvre luftvejsinfektion. Vandigt, farveløst flåd.
- Ingen af de kliniske tegn er gode til at skelne mellem viral og bakteriel infektion.

Behandling:

- Antibiotika øjendråber har milde bivirkninger hos 0-30% - oftest i form af irritation og sjældent allergi.
- Antibiotika øjendråber har begrænset effekt og kan kun forkorte forløbet hos omkring 10%.
- Chloramfenikol foretrækkes frem for Fucidinsyre: Der er ikke resistens over for Chloramfenicol og der er risiko for resistensudvikling over for Fucidinsyre.

Smitterisiko - må ikke komme i institution (SST-anbefalinger):

- hvis der er øjenbetændelse med stærkt pusflåd.
- hvis der er øjenbetændelse og tydelig lysskyhed.
- hvis der er øjenbetændelse og påvirket almentilstand.

Referencer:

Lægehåndbogen:

- [conjunctivitis infektion](#)

Medicin.dk:

- [Bakteriel conjunctivitis](#)
- [Viral conjunctivitis](#)
- [Øjenbetændelse i institutioner](#)

Cochrane:

- [Abstract](#)
- [Fuld længde](#)

Conjunctivitis

Klyngepakke

Praksis refleksion

- Er forbruget, som jeg troede?
- Hvad mon betyder noget for ordination af øjendråberne i min praksis?
- Hvilken rolle har personalet i visitation/behandling?
- Er der en fælles holdning til håndteringen i min praksis?
- Giver faktaark og faktisk forbrug anledning til, at der skal ændres noget i håndteringen?

Conjunctivitis

Klyngepakke

Klynge refleksion

Diskutér Faktaark

- Er der enighed om tolkningen?
- Er der noget nyt eller noget overraskende?

Diskutér reflektionsark

- Hvordan håndterer I kontakter om børn med øjenbetændelse i jeres praksis?
- Har nogen af jer retningslinjer for det?
- Hvad gør det svært?
- Hvordan gøres det lettere at følge retningslinjer?

Diskutér forandringer i rutinerne

- Hvordan kommer man i gang med at indføre en eventuel ny måde at håndtere øjenbetændelse på?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvordan vil en indsats påvirke arbejdsglæden? Driften?

Skabelon

Klyngepakke

Tanken med klyngepakkeskabelonen er, at den kan fungere som et skelet for klyngekoordinatoren, når klyngen har besluttet sig for at arbejde med et emne, der ikke i forvejen findes klyngepakker for.

Skabelonen følger opbygningen af klyngepakker, der udvikles i KiAP. Med en fast og genkendelig struktur er det meningen, at de enkelte afsnit støtter den refleksion blandt klyngedeltagerne, der er omdrejningspunktet for klyngearbejdet og for, at der kan ske en forandring.

Der er mulighed for at kontakte de regionale kap-enheder, som også understøtter med klyngepakker.

Klyngepakken består af fem delelementer, og beskrives mere detaljeret på de efterfølgende sider:

1. Introduktion
2. Data
3. Fakta og anbefalinger
4. Praxis refleksion
5. Klyngemøde refleksion.

Skabelon

Klyngepakke

1. Introduktion: Vælg et fokus og lav en plan

Udgangspunktet for at vælge et emne til klyngen er, at det er en problemstilling, der giver mening for klyngen. Det er således afgørende for motivation og udbytte af arbejdet med et emne, at der i klyngen er ejerskab for den kliniske problemstilling, der vælges.

Der kan anvendes forskellige metoder til udvælgelse af emner for klyngen. Det er dog i udgangspunktet en god ide at lade klyngens medlemmer arbejde med og selv motivere valg af emne for klyngen.

Hvad er problemet?

Formuler resultatet af klyngens emnevalg kortfattet og tydeligt og få klyngens accept. Diskutér hvilke data, der kan belyse problemet, og hvordan de skaffes.

Hvad forventer klyngen, der kommer ud af arbejdet med klyngepakken?

Skriv også det ned så præcist som muligt.

Hvem gør hvad, hvornår?

Lav en plan med opgaver og deadlines frem til klyngemødet, hvor pakken skal bruges.

Krav til valget: Der skal kunne skaffes data, og der skal være et vist antal observationer. Klyngekoordinator må vurdere om, der er nok observationer til, det giver mening at måle på praksisniveau eller, det kun skal ske på klyngeniveau.

Skabelon

Klyngepakke

2. Data

Klyngekoordinator (eller anden delegeret) skal så enkelt som muligt beskrive, hvordan data fremfindes i praksis. Det skal være enkelt at fremsøge data og i udgangspunktet tage mindre end 10 minutter for den enkelte praksis. Afhængigt af hvilke data, der er tale om, og hvor disse fremsøges beskrives de enkelte trin i fremsøgningen.

Det er klyngekoordinators opgave (eller anden delegeret) at sørge for at data samles og anonymiseres, hvis ikke det i forvejen er tilgængeligt via f.eks. ordiprax+ eller anden platform med aggregerede klynge­data. Der er gode erfaringer med at aftale datatræk på klyngemøde, der sendes til klyngekoordinator eller anden delegeret inden næste møde.

Den ansvarlige har i den mellemliggende periode mulighed for at aggregere og anonymisere data, så de er tilgængelige ved næste klyngemøde. Det kan være en fordel at sende aggregerede data ud til klyngens medlemmer et par dage før klyngemødet, således at alle deltagere har mulighed for at reflektere over data inden mødet.

Det er udgangspunktet, at klyngen præsenteres for klynge­data på aggregeret og anonymiseret niveau og, at disse data kan give anledning til fælles refleksion.

Skabelon

Klyngepakke

3. Fakta og anbefalinger

Her beskriver klyngekoordinator kort hovedpunkter i den kliniske problemstilling med udgangspunkt i eksisterende viden. Der kan tages udgangspunkt i kliniske vejledninger fra DSAM, faglige selskaber, medicin.dk, lægehåndbogen, Cochrane, Pubmed, Irf. eller anden vejledning.

Der må gerne være flere henvisninger, således at interesserede klyngedeltagere har mulighed for at fordybe sig i problemstillingen inden klyngemødet.

Hvis der er diskrepans mellem forskellige vejledninger eller hvis, der ikke foreligger vejledning for almen praksis for den pågældende problemstilling, kan det beskrives i Faktaark og bruges som udgangspunkt for dialog i klyngen og danne baggrund for fælles overvejelser og forslag til vejledning i klyngen.

Skabelon

Klyngepakke

4. Praksis refleksion

Klyngekoordinator kan formulere spørgsmål, der ledsager de aggregerede data, der sendes til klyngedeltagerne forud for klyngemødet. Her stilles refleksionsspørgsmål, der tager udgangspunkt i datatræk og faktaark.

Det anbefales, at der anvendes åbne spørgsmål, der tager udgangspunkt i daglig klinisk praksis og inviterer den enkelte deltager til at reflektere over egen praksis:

- Er der tilstrækkelig mange data til, jeg kan stole på tallene?
- Ligger min praksis hvor jeg regnede med sammenlignet med de andre praksis i klyngen?
- Hvilke forklaringer tror jeg, der er på, hvor min praksis ligger? Hvad spiller ind?
- Hvilken rolle har læger og personalet for den måde, området håndteres på i min praksis?
- Giver Faktaark og min praksis placering i klyngens fordeling anledning til, der skal ændres noget i håndteringen?

Det er ikke i sig selv et mål at nå til enighed i gruppen men at understøtte refleksion over egen praksis. Der kan både være forhold, der giver anledning til individuelle indsigter og ændret praksis i den enkelte klinik og elementer, der giver anledning til fælles indsigter og enighed om fælles praksis i klyngen.

Det er klyngekoordinators opgave at facilitere en konstruktiv og udbytterig dialog i klyngen. Det handler både om at have fokus på form og indhold for arbejdet i klyngen.

Skabelon

Klyngepakke

5. Klynge refleksion

Det er klyngekoordinators opgave at lede og understøtte, at klyngens medlemmer får mest muligt ud af klyngemødet. Således er det klyngekoordinator, der åbner, understøtter og afslutter de enkelte emner. Det er ligeledes klyngekoordinators opgave at holde struktur på dialog i klyngen, hvis dialogen er på vej ud af en tangent.

Den enkelte læge har adgang til egne data og kan vælge at byde ind med egne erfaringer afhængigt af, hvad der opleves som mest hensigtsmæssigt. Hvad der skal diskuteres afhænger naturligvis helt af emnet og de målepunkter, der er valgt, men kan eksempelvis omfatte:

Diskutér Faktaark

- Er der enighed om tolkningen?
- Er der noget nyt- noget overraskende?
- Hvilke anbefalinger synes I er mest relevante for den enkelte praksis at forholde sig til?

Diskutér Praksis refleksionsarket, der blev sendt ud med de aggregerede data

- Er der nok data til, vi kan stole på målingen?
- Hvad har overrasket?
- Hvordan foregår det i jeres praksis?
- Har I tænkt på noget, der skal laves om?
- Hvad vil det være vigtigst og realistisk at ændre?

Det anbefales, at refleksionsspørgsmål understøtter en fordomsfri dialog om data, daglig praksis og individuel tolkning, der kan give anledning til nye indsigter.

Diskutér forandringer i rutinerne

- Hvordan kommer man i gang med at indføre de(n) vigtigste ændringer?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?

Ved klyngemødets afslutning kan klyngekoordinator med fordel afslutte dialogen med afsluttende spørgsmål:

- Hvad tager vi med hjem?
- Hvad er vores mål?
- Hvor er vi næste gang?

Skabelon

Klyngepakke

Gode råd om Klyngemøde ledelse

Man kan med fordel anvende forskellige teknikker til at variere form og indhold tilpasset klyngens gruppedynamik.

Alle klyngedeltagere er en del af klyngen. Der vil være både introverte og ekstroverte medlemmer, og som klyngekoordinator har man mulighed for at bringe forskellige værktøjer i anvendelse til at sikre, alle er med og oplever sig set og hørt.

Der er forskellige greb, der kan anvendes til at variere mødeform og sikre deltageres engagement:

Hurtigrunden: "Hvad tænker du om..." kort svar fra alle deltagere/grupper afhængigt af deltagerantal.

Tavs refleksion: Når en problemstilling åbnes, kan man bede deltagerne om få minutters tavs refleksion. Det vil betyde, at introverte deltagere i klyngen får mulighed for at forberede sig og dermed med større sandsynlighed deltager i dialog i gruppen.

Tal med sidemand: Ligesom tavs refleksion giver det klyngens medlemmer mulighed for at reflektere over og ventilere et emne med en enkelt anden deltager. Samtidig aktiveres alle deltagere i dialog.

Plukke: "Hvad tænker du om denne problemstilling Torben..." Her kan man spørge deltagere, der ikke har deltaget i dialog for at invitere og understøtte

deltagelse af personer, der ikke af sig selv deltager i dialogen.

Lukke: Ekstroverte deltagere, der fylder meget i dialogen, kan lukkes ned for at give plads til andre ved venligt at sige "Tak Thomas for relevante overvejelser..."
Brobygning: "Hvad tænker du Dorte, når Thomas siger..." Denne metode kan anvendes til at invitere mindre aktive deltagere ind i dialog.

Gruppearbejde: Grupper med 6-8 medlemmer kan have mere åben snak, hvor alle kommer i spil.

Gruppepræsentation: Her kan gruppernes konklusioner præsenteres og dermed deles med hele klyngen.

Plenumdrøftelse: Her kan fælles refleksioner drøftes og samles.

Skabelon

Klyngepakke

Gode råd om Klyngemøde ledelse (fortsat)

Det er tanken, at klyngen forholder sig til fælles data. Når fælles klyngedata repræsenterer ca. 30.000 patienter eller mere, har det stor betydning for datas styrke og dermed tolkning af data. Der kan i klyngen være et legitimt ønske om at tale om egne data og individuelle forskelle. Der kan være gode indsigter at hente i både drøftelse af fælles data og individuelle data.

Som klyngekoordinator har man til opgave at kvalificere denne dialog i forhold til datastyrke og samtidig sikre, der arbejdes med det emne, man i klyngen er blevet enig om.

Kan vi stole på målingen?

Hvis der er få data bliver målingen usikker, og det bliver svært at sige, hvad den korrekte måling egentlig er. Det er vigtigt at fremhæve det, hvis der er praksis med få data. Så hvis der er få data skal praksis tolke det med forsigtighed både, hvis de lige højt og lavt.

Hvordan skal vi fortolke målingen?

Det vigtige er sammen at reflektere over, hvad man mener er god klinisk adfærd. Lægger vi målingerne fra alle praksis sammen, bliver målingen straks langt mere sikker. Klyngedeltagerne kan reflektere over, hvor klyngen ligger. Og over om det skyldes patientsammensætningen, lægernes og praksispersonalets individuelle adfærd, måde praksis har organiseret arbejdet på, eller om det er ydre forhold, der har størst betydning. Og hvad der er at gøre ved de forhold, praksis selv har indflydelse på.

Kontakt og links

Kvalitet i Almen Praksis
J.B. Winsløws Vej 9A, stuen
5000 Odense C

Bartholinsgade 6
Bygning 24, opgang R
1356 København K

Henvendelser til KiAP kan rettes på
tlf. 7196 8844 eller på support@kiap.dk.

Læs mere om KiAP's arbejde på
www.KiAP.dk

KiAP
Kvalitet i
Almen Praksis